

3. Harbrecht, B. G. Necrotizing soft tissue infections: a review / B. G. Harbrecht, N. A. Nash // Surg. Infect. (Larchmt). – 2016. – Vol. 5, № 17. – P. 503–509.
4. Trend of extensively drug-resistant *Acinetobacter baumannii* and the remaining therapeutic options: a multicenter study in Tehran, Iran over a 3-year period / S. Jasemi [et al.] // Lett. Appl. Microbiol. – 2016. – Vol. 63, № 6. – P. 466–472.

УДК 616.366-002:[616.345:616.37]

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Фомин А.В., Гирса В.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Холецистэктомия, выполняемая по поводу острого и хронического холецистита, стала самой частой операцией в хирургических отделениях Республики Беларусь [1]. В Резолюции XVI съезда хирургов Республики Беларусь отмечено, что факторы риска осложнений в определённой степени обусловлены отсутствием должной информации об анатомических особенностях и характере патологических изменений в зоне операции и недооценке характера патологических изменений при интраоперационной ревизии в ходе операции [1].

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, поступивших по экстренным показаниям.

Материал и методы исследования. Методом случайной выборки обследовано 50 пациентов с острым холециститом. Женщин было 37 (74%), мужчин 13 (26%). Средний возраст пациентов составил 61,3 года [25;89]. По возрасту группы мужчин и женщин достоверно не отличались. Свыше 60 лет было 30 пациентов (60%). Пациенты поступили по экстренным показаниям в первое и второе хирургическое отделение ВГК БСМП г. Витебска. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена в 31 случае, открытая холецистэктомия, в том числе лапароскопия с конверсией – у 19 пациентов.

Ультразвуковое исследование выполнено на ультрасонографическом оборудовании с энергетическим и чувствительным импульсным доплером Philips EnVisor CH. В динамике УЗИ повторно выполнено 18 пациентам (36%). Полученные результаты сравнивали с данными, полученными при анализе протоколов оперативных вмешательств.

Результаты и обсуждение. По данным УЗИ до операции печень имела нормальные размеры у 45 пациентов (90% случаев). Интраоперационно у 20 пациентов (40%) размеры печени не описывались. В 92,6% случаев размеры печени интраоперационно совпадали с результатами дооперационного обследования. В двух случаях размеры печени были увеличены по отношению к результатам обследования до операции, это отмечено у лиц старше 60 лет. У этих пациентов так же был увеличен диаметр холедоха по сравнению с результатами обследования до операции.

Размеры желчного пузыря при УЗИ до операции и при анализе протоколов оперативных вмешательств совпали у 29 пациентов, то есть в 58% случаев. Увеличены при интраоперационном описании они были у 17 (34%), а меньше, чем на УЗИ до операции были у 4 (8%). В группе с расхождением показателей размеры пузыря 99,1(56,139)мм на 36,7 (25,51)мм до операции, а интраоперационно 128,8(150,90)мм на 52,4 (80,40)мм. У лиц от 60 лет и старше совпадений было 53,3%, в группе до 60 лет совпадений было 65%.

Толщина стенки желчного пузыря при поступлении по данным УЗИ $n = 47$ была равна 4,0мм (2,10). Толщина стенки интраоперационно 4,7 мм (2,10). В 21 случае в протоколе операции толщина стенки также не указывалась.

По данным повторного УЗИ ($n=19$) толщина стенки 3,97 мм (2;7) мм. Расхождение более чем на 2мм было у 5 пациентов. Совпадение с первичным исследованием составило 73,7%.

До операции толщина стенки более 3 мм, в среднем 4,98 мм (3,5;10) мм была у 25 пациентов (50%). Интраоперационно толщина стенки более 3 мм была у 20 пациентов, в среднем 5,55 мм (4,10) мм.

При сравнении показателей в динамике толщина стенки не отмечена у 22 пациентов, у 11 было полное совпадение. Совпадение данных УЗИ до операции и интраоперационного описания составило 66%. Однако, при сравнении толщины стенки до операции и во время вмешательства в целом клинически значимым расхождением показателей можно считать лишь у 2 пациентов, что составило 4%.

Наличие камней в желчном пузыре до операции и интраоперационно совпало на 94%. Совпадение по количеству камней составило 84%. У 6 пациентов (12%) случаев количество камней интраоперационно выявлено больше, чем до операции. На основании полученных данных как увеличение печени, утолщение стенок желчного пузыря, большое количество мелких конкрементов можно объективизировать выбор метода операции.

Особый интерес представляет оценка диаметра холедоха. По данным УЗИ до операции холедох не был увеличен (не достигал 7 мм) в 72%. Расхождение с показателями, полученными интраоперационно, составило 28%. Для когорты обследованных в целом совпадение данных УЗИ до операции и данных из протоколов операции составило 54%.

Диаметр холедоха до операции 5,9 мм [2;12] мм, диаметр холедоха интраоперационно 8,4 мм [3;20] мм. В группе пациентов, у которых диаметр холедоха определяли как до операции, так и во время неё в 12 случаях до операции холедох был больше или равен 7 мм. Вместе с тем, сравнение показателей из протоколов операций и описание холангиограмм у 4 пациентов показало, что субъективная оценка диаметра холедоха интраоперационно в двух историях на 4-мм больше, чем в описании холангиограммы.

У пациентов, которым выполнена ЛХЭ диаметр холедоха в среднем был равен 4.1мм [2,9] мм. Лишь в одном случае он был выше нормы (9 мм), но при этом в пузыре диагностировался одиночный конкремент 25 мм в диаметре. В 19 случаев из 31 (61,3%) о холедохе интраоперационно в протоколе не указано.

Жидкость в брюшной полости выявлена у 7 пациентов (14%). Совпадение было у 47 (94%). Отёк поджелудочной железы был у 3 пациентов, отсутствовал он у 40, совпадение 86%. У оперированных открытым способом совпадение составило лишь 73,7%. Совпадение по плотности железы отмечено в 66%.

Выводы. Совпадение показателей панкреатодуоденальной зоны при УЗИ и интраоперационного описания составило от 54% до 94%. Совокупность показателей, полученных при ультразвуковом обследовании, даёт достаточно полную картину для постановки диагноза и выбора лечебной тактики. Ряд показателей как размер желчного пузыря, толщина его стенки, диаметр холедоха, отёк поджелудочной железы в динамике под воздействием проводимого лечения могут изменяться, что требует повторного УЗИ в динамике.

Эффективность диагностики можно повысить совершенствованием технической базы, персонализированным подходом к пациенту и специализациями сотрудников.

Литература:

1. Резолюция XVI Съезда Хирургов Республики Беларусь (1-2 ноября 2018 г.) // Новости хирургии. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 232-239.

УДК 616.345-089.87-089.844

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

Цыплаков К.Г.¹, Денисенко В.Л.^{1,2}, Ченик К.О.²

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»

²УО «Витебский государственный медицинский университет»

Аннотация. Хирургическая реабилитация пациентов с кишечными стомами по-прежнему составляет существенную проблему в колоректальной хирургии. Оперативные доступы, применяемые традиционно в большинстве случаев сопровождаются серьезной операционной